

на бедре по ходу БПВ, реже, и в меньшей степени, — на голени. У части пациентов — 16,5% (15) на 3–5 сутки после операции отмечалось усиление болевого синдрома, что, вероятно, связано с явлениями реактивного перифлебита БПВ, который был успешно купирован назначением пероральных НПВС (кетонал, диклофенак).

Все пациенты основной группы отмечали хороший косметический эффект операции, незначительную выраженность болевого синдрома, раннее восстановление трудоспособности. При контрольных УЗИ, выполненных в более поздние сроки, — до 6 месяцев — на голени определить наличие коагулированной вены было практически невозможно, на бедре — она представлена фиброзным тяжем. Реканализация БПВ отмечалась в 3,3% (3) случаях в проксимальной трети.

Явления хронической венозной недостаточности купированы у 95,6% (87) пациентов, у 4,4% (4) остался отечный синдром за счет лимфатического компонента. Исчезли чувства тяжести, ночные судороги в оперированных конечностях.

Повреждение и фрагментация лазерного световода, вследствие повреждения инъекционной иглой во время выполнения тумесцентной анестезии, отмечена в 0,3% (1) случае. При этом потребовалась экстренная кроссэктомия для извлечения фрагмента световода. Повреждение световода можно заметить по появлению пилотного луча в нетипичном месте. Это редкое осложнение можно профилактировать использованием ангиографического катетера для защиты световода.

**Выводы.** Таким образом, ЭВЛК является надежной и безопасной методикой лечения варикозной болезни нижних конечностей и может с успехом применяться в амбулаторных условиях.

*Воробей А.В., Давидовский И.А.,  
Попель Г.А., Корниевич С.Н., Познякова О.В.,  
Сельский В.И., Була А.А.*

#### **АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ 1470 НМ И РАДИАЛЬНЫМ СВЕТОВОДОМ С УЧЕТОМ ДИАМЕТРА СТВОЛА БПВ И МПВ**

*Белорусская медицинская академия  
последипломного образования,  
Минская областная клиническая больница,  
г. Минск, Республика Беларусь*

**Актуальность.** Ограничения в применении термических методов облитерации при варикозной болезни связаны с большим диаметром стволов подкожных вен.

**Цель.** Оценить эффективность ЭВЛК большой и малой подкожных вен лазерным излучением 1470 нм с радиальным световодом с учетом диаметра ствола вены.

**Материал и методы.** С декабря 2013 по декабрь 2014 года в отделении хирургии сосудов УЗ «МОКБ» выполнено 250 операций методом эндовенозной лазерной коагуляции. Возраст пациентов

варьировал от 20 до 76 лет. В исследование включены пациенты с хроническими заболеваниями вен С2–С5 по классификации CEAP. У пациентов имелась несостоятельность сафено-фemorального или сафено-поплитеального соустьев с рефлюксом по стволу большой (БПВ) или малой (МПВ) подкожных вен. Оценивался диаметр ствола БПВ в 3, 25 и 50 см от устья, диаметр ствола МПВ в верхней и средней трети голени. Пациенты разделены на 3 группы с учетом диаметра вены: 1 группа — диаметр до 1,0 см; 2 группа — диаметр вены 1,1 — 1,5 см; 3 группа — диаметр вены 1,6 — 2,0 см. Операция выполнялась с применением диодного лазера с длиной волны 1470 нм и радиальным световодом. Вмешательство проводилось под местной (тумесцентной) анестезией, без кроссэктомии, под постоянным ультразвуковым контролем. Выполнялась коагуляция ствола БПВ или МПВ, варикозные притоки удалялись методом минифлебэктомии по Варади, несостоятельные перфорантные вены лигировались. Все пациенты рутинно принимали оральные антикоагулянты в течение 5 дней с целью профилактики тромбоза глубоких вен ног. Компрессионный трикотаж 2 класса (22–32 мм рт.ст.) применялся в течение 4 недель после операции. Оценка результатов проводилась по техническому исходу (облитерация или реканализация ствола подкожной вены), боли, экхимозом парестезиям.

**Результаты и обсуждение.** Облитерация ствола подкожной вены в срок наблюдения от 1 месяца до 1-го года отмечена у 100% пациентов. Назначение обезболивающих препаратов потребовалось у 24 (9,6%) пациентов. Экхимозы в зоне ЭВЛК отмечены у 36 (14,4%). Случаев тромбоза глубоких вен нижних конечностей не было. Не получено статистически значимых различий эффективности ЭВЛК 1470 нм с радиальным световодом в зависимости от диаметра ствола подкожной вены.

**Выводы.** Эндовенозная лазерная коагуляция БПВ и МПВ с установкой длины волны 1470 нм и применением радиального световода может использоваться при диаметре ствола вены до 2,0 см.

*Воробей А.В., Давидовский И.А., Воевода М.Т.,  
Корниевич С.Н., Познякова О.В.,  
Сельский В.И., Була А.А.*

#### **ИЗОЛИРОВАННАЯ ЭНДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ СТВОЛОВ ПОДКОЖНЫХ ВЕН С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 1470 НМ И РАДИАЛЬНЫМ СВЕТОВОДОМ**

*Белорусская медицинская академия  
последипломного образования,  
Минская областная клиническая больница,  
г. Минск, Республика Беларусь*

**Актуальность.** Общепринятая хирургическая тактика при варикозной болезни заключается в устранении вертикального венозного сброса по стволам подкожных вен, удалении варикозных